ANEXO

MANUAL DE USUARIO

SISTEMA ELECTRÓNICO DE TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN DE IPRESS Y UNIDADES DE GESTIÓN DE IPRESS – SETI – IPRESS

SUSALUD
Superintendencia Nacional de Salud

INTRODUCCIÓN

El presente documento describe el **Sistema Electrónico de Transferencia de Información de IPRESS, SETI-IPRESS,** que consiste en la aplicación por medio del cual las IPRESS y UGIPRESS ingresan y validan la información que deben remitir a SUSALUD por medios electrónicos.

El sustento legal para la reglamentación de la recolección, transferencia y difusión de la información por parte de los agentes vinculados al proceso de aseguramiento universal, está precisado en el el numeral 14) del artículo 13° del Texto Único Ordenado (TUO) de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 020-2014-SA, el cual establece que es función general de la Superintendencia Nacional de Salud, regular la recolección, transferencia, difusión e intercambio de la información generada u obtenida por las IAFAS, IPRESS y Unidades de Gestión de IPRESS.

En tal sentido SUSALUD ha establecido que la forma de transmisión de la información generada por las IPRESS y Unidades de Gestión de IPRESS relacionada a las prestaciones de salud se efectúe a través de archivos planos, los mismos que son descritos en las siguientes secciones del presente documento.

La información obtenida a través del SETI – IPRESS permitirá conocer el perfil de las prestaciones de salud que se brindan a nivel del Sistema Nacional de Salud, propiciar seguimiento a las principales variables prestacionales en salud, elaborar un sistema estadístico de salud para la toma de decisiones y generar instrumentos para la Supervisión de las IPRESS y de las Unidades de Gestión de IPRESS.

El presente Manual de Usuario tiene tres (3) Anexos que contienen la estructura de tablas para el ingreso y validación de la información.

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL SETI-IPRESS

El SETI- IPRESS es una aplicación que se utiliza para el ingreso y validación de la información de los diversos formatos que las IPRESS y UGIPRESS deben remitir a SUSALUD por medios electrónicos.

2. CONSIDERACIONES PARA LA TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN

a) La información que las IPRESS y UGIPRESS deben enviar a SUSALUD será a través de archivos planos (formato .txt).
b) Los campos de cada archivo plano deben estar delimitados con el carácter pipe (|)
c) El estándar de codificación de los archivos planos debe ser UTF-8.
d) Los archivos planos no deben contener líneas en blanco.
e) Los archivos planos se deben de agrupar en paquetes de envío.
f) Un paquete de envío contiene archivos planos comprimidos y encriptados en formato ZIP.

3. FLUJO DEL PROCESO DE ENVÍO DE ARCHIVOS

Las IPRESS y UGIPRESS deberán:

a) Preparar la trama de datos según lo dispuesto en el Manual de Usuario SETI – IPRESS.
b) Acceder al SETI – IPRESS, validando la identidad con sus credenciales y cargar los archivos con la información correspondiente a fin de ser remitida a SUSALUD.
c) Validar la información de acuerdo a la estructura de las tramas de datos establecida en el Manual de usuario SETI – IPRESS.
d) Subsanar la información de los archivos rechazados por el SETI – IPRESS que no cumplan con las reglas de validación correspondientes.
Remitir los archivos debidamente validados a SUSALUD.

4. Del Modelo de Transacción Electrónica de Datos Estandarizados de Prestaciones de Salud – SETI - IPRESS

Los campos que constituyen el Modelo SETI - IPRESS tienen el carácter de estándares obligatorios, no pudiendo ser modificados, ampliados ni eliminados por las IPRESS o por las UGIPRESS. El modelo contiene la estructura de datos especificada en las siguientes tablas, de acuerdo al siguiente detalle:

Tablas del Anexo 1

- Tabla A: Reporte de Recursos de Salud.
- Tabla B1: Reporte Consolidado de Producción Asistencial en Consulta Ambulatoria.
- Tabla B2.: Reporte Consolidado de Morbilidad en Consulta Ambulatoria
- Tabla C1: Reporte Consolidado de Producción Asistencial en Emergencia.
- Tabla C2: Reporte Consolidado de Morbilidad en Emergencia.
- Tabla D1: Reporte Consolidado de Producción Asistencial en Hospitalización.
- Tabla D2.: Reporte Consolidado de Morbilidad en Hospitalización.
- Tabla E.: Reporte Consolidado de Partos.
- Tabla F: Reporte Consolidado de Eventos bajo Vigilancia Institucional.
- Tabla G: Reporte Consolidado de Producción Asistencial de Procedimientos.
- Tabla H: Reporte Consolidado de Producción Asistencial de Intervenciones Quirúrgicas.
- Tabla I: Referencias.
- Tabla J: Reporte Consolidado de Programación Asistencial.

Tablas del Anexo 2

- Tabla 1.1: Prestaciones de Salud – Ambulatorio.
- Tabla 1.2: Prestaciones de Salud – Emergencia.
- Tabla 1.3.: Prestaciones de Salud – Hospitalización.
- Tabla 1.4: Prestaciones de Salud – Partos
- Tabla 2: Procedimientos.
- Tabla 3: Productos de Farmacia.
- Tabla 3.1: Anexo de Farmacia.
- Tabla 4.1.: Referencias.
- Tabla 4.2.: Contra Referencias.
- Tabla 5: Programación Asistencial.

Tabla del Anexo 3

- Tabla Z Servicios Servicios/Especialidades

Se adjuntan como Anexos las citadas tablas.

MANUAL DE USUARIO
ANEXO 1

Tabla Agregada A

Reporte de Recursos de Salud

N°	Nombre del Campo	Descripción y formato	Criterios de consistencia básicas a ser considerados
1	**Periodo de Reporte**	Periodo de remisión de información a SUSALUD Formato: AAAAMM	C1. Debe ser una fecha válida Formato: AAAAMM
2	**Código de la IPRESS**	Código de IPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de IPRESS
3	**Código de la UGIPRESS**	Código de UGIPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de UGIPRESS C2. Si no tiene UGIPRESS se coloca el codigo de IPRESS
4	**Consultorios Fisicos**	Numero de Consultorios Fisicos Formato Numero	C1. Número entero y positivo, sin decimales
5	**Consultorios Funcionales**	Numero de Consultorios Funcionales Formato Numero	C1. Número entero y positivo, sin decimales
6	**Camas Hospitalarias**	Numero de Camas Hospitalarias habilitadas Formato Numero	C1. Número entero y positivo, sin decimales
7	**Total de Medicos**	Numero de Medicos incluyendo serums y residentes de todos los servicios Formato Numero	C1. Número entero y positivo, sin decimales
8	**Medicos Serums**	Numero de Medicos Serums en todos los servicios Formato Numero	C1. Número entero y positivo, sin decimales
9	**Medicos Residentes**	Numero de Medicos en Programa de Residentado Medico de todos los servicios Formato Numero	C1. Número entero y positivo, sin decimales
10	**Enfermeras**	Numero Total de enfermeras en todos los servicios Formato Numero	C1. Número entero y positivo, sin decimales
11	**Odontologos**	Numero de Odontologos en todos los servicios Formato Numero	C1. Número entero y positivo, sin decimales
12	**Psicologos**	Numero de Psicologos en todos los servicios Formato Numero	C1. Número entero y positivo, sin decimales
13	**Nutricionistas**	Numero de Nutricionistas en todos los servicios Formato Numero	C1. Número entero y positivo, sin decimales
14	**Tecnologos medicos**	Numero de Tecnologos medicos en todos los servicios Formato Numero	C1. Número entero y positivo, sin decimales
15	**Obstetrices**	Numero de Obstetrices en todos los servicios Formato Numero	C1. Número entero y positivo, sin decimales
16	**Farmaceuticos**	Numero de Quimicos Farmaceuticos en todos los servicios Formato Numero	C1. Número entero y positivo, sin decimales
17	**Auxiliares**	Numero de Auxiliares Tecnicos en todos los servicios Formato Numero	C1. Número entero y positivo, sin decimales
18	**Otros profesionales**	Numero de Otros profesionales en todos los servicios Formato Numero	C1. Número entero y positivo, sin decimales
19	**Ambulancias**	Numero de Ambulancias operativas en funcionamiento Formato Numero	C1. Número entero y positivo, sin decimales

1: El separador de campos es el pipe "|".

SUSALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
INTENDENCIA DE NORMAS Y AUTORIZACIONES

SUSALUD
INTENDENCIA DE NORMAS Y AUTORIZACIONES

SUSALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
INTENDENCIA DE NORMAS Y AUTORIZACIONES

Tabla Agregada B1

Reporte Consolidado de Producción Asistencial en Consulta Ambulatoria

N°	Nombre del Campo	Descripción y formato	Criterios de consistencia básicas a ser consideradas
1	**Periodo de Reporte**	Periodo de remisión de información a SUSALUD Formato: AAAAMM	C1. Debe ser una fecha válida Formato: AAAAMM
2	**Código de la IPRESS**	Código de IPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de IPRESS
3	**Código de la UGIPRESS**	Código de UGIPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de UGIPRESS C2. Si no tiene UGIPRESS se coloca el codigo de IPRESS
4	**Sexo del Paciente**	1:Hombre 2:Mujer Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
5	**Grupo de Edad en años**	El grupo de edad a considerar sera según la siguiente codificación 1: Menores de 1 año 2: De 1 a 4 años 3: De 5 a 9 años 4: De 10 a 14 años 5: De 15 a 19 años 6: De 20 a 24 años 7: De 25 a 29 años 8: De 30 a 34 años 9: De 35 a 39 años 10: De 40 a 44 años 11: De 45 a 49 años 12: De 50 a 54 años 13: de 55 a 59 años 14: De 60 a 64 años 15: De 65 años a más Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
6	**Atenciones Medicas**	Numero total de atenciones realizadas por personal médico. Formato Numero	C1. Número entero y positivo, sin decimales
7	**Atenciones No Medicas**	Numero total de atenciones realizadas otros profesionales de la salud, sin considerar al medico. Formato Numero	C1. Número entero y positivo, sin decimales
8	**Atendidos**	Numero total de personas atendidas por cualquier profesional de la salud. Formato Numero	C1. Número entero y positivo, sin decimales

1: El separador de campos es el pipe "|".

Tabla Agregada B2

Reporte Consolidado de Morbilidad en Consulta Ambulatoria

N°	Nombre del Campo	Descripción y formato	Criterios de consistencia básicas a ser consideradas
1	**Periodo de Reporte**	Periodo de remisión de información a SUSALUD Formato: AAAAMM	C1. Debe ser una fecha válida Formato: AAAAMM
2	**Código de la IPRESS**	Código de IPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de IPRESS
3	**Código de la UGIPRESS**	Código de UGIPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de UGIPRESS C2. Si no tiene UGIPRESS se coloca el codigo de IPRESS
3	**Sexo del Paciente**	1:Hombre 2:Mujer Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
4	**Grupo de Edad en años**	El grupo de edad a considerar sera según la siguiente codificación 1: Menores de 1 año 2: De 1 a 4 años 3: De 5 a 9 años 4: De 10 a 14 años 5: De 15 a 19 años 6: De 20 a 24 años 7: De 25 a 29 años 8: De 30 a 34 años 9: De 35 a 39 años 10: De 40 a 44 años 11: De 45 a 49 años 12: De 50 a 54 años 13: de 55 a 59 años 14: De 60 a 64 años 15: De 65 años a más Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
5	**Diagnostico definitivo**	Según Código CIE10 Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos en el CIE 10 C2. Debe estar a nivel de subcategoría es decir una letra y dos números, el punto y luego una letra o un numero según corresponda
6	**Total de Atendidos**	Numero total de personas atendidas por cualquier profesional de la salud. Formato Numero	C1. Número entero y positivo, sin decimales

1: El separador de campos es el pipe "|".

Tabla Agregada C1

Reporte Consolidado de Producción Asistencial en Emergencia

N°	Nombre del Campo	Descripción y formato	Criterios de consistencia básicas a ser consideradas
1	**Periodo de Reporte**	Periodo de remisión de información a SUSALUD Formato: AAAAMM	C1. Debe ser una fecha válida Formato: AAAAMM
2	**Código de la IPRESS**	Código de IPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de IPRESS
3	**Código de la UGIPRESS**	Código de UGIPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de UGIPRESS C2. Si no tiene UGIPRESS se coloca el codigo de IPRESS
4	**Sexo del Paciente**	1:Hombre 2:Mujer Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
5	**Grupo de Edad en años**	El grupo de edad a considerar sera según la siguiente codificación 1: Menores de 1 año 2: De 1 a 4 años 3: De 5 a 9 años 4: De 10 a 14 años 5: De 15 a 19 años 6: De 20 a 24 años 7: De 25 a 29 años 8: De 30 a 34 años 9: De 35 a 39 años 10: De 40 a 44 años 11: De 45 a 49 años 12: De 50 a 54 años 13: de 55 a 59 años 14: De 60 a 64 años 15: De 65 años a más Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
6	**Numero Total de Atenciones (Medicas y no medicas)**	Numero total de atenciones realizadas por cualquier profesional de la salud. Formato Numero	C1. Número entero y positivo, sin decimales
7	**Numero Total de Atendidos**	Numero total de personas atendidas por cualquier profesional de la salud. Formato Numero	C1. Número entero y positivo, sin decimales

1: El separador de campos es el pipe "|".

Tabla Agregada C2

Reporte Consolidado de Morbilidad en Emergencia

N°	Nombre del Campo	Descripción y formato	Criterios de consistencia básicas a ser consideradas
1	Periodo de Reporte	Periodo de remisión de información a SUSALUD Formato: AAAAMM	C1. Debe ser una fecha válida Formato: AAAAMM
2	Código de la IPRESS	Código de IPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de IPRESS
3	Código de la UGIPRESS	Código de UGIPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de UGIPRESS C2. Si no tiene UGIPRESS se coloca el codigo de IPRESS
4	Sexo del Paciente	1:Hombre 2:Mujer Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
5	Grupo de Edad en años	El grupo de edad a considerar sera según la siguiente codificación 1: Menores de 1 año 2: De 1 a 4 años 3: De 5 a 9 años 4: De 10 a 14 años 5: De 15 a 19 años 6: De 20 a 24 años 7: De 25 a 29 años 8: De 30 a 34 años 9: De 35 a 39 años 10: De 40 a 44 años 11: De 45 a 49 años 12: De 50 a 54 años 13: de 55 a 59 años 14: De 60 a 64 años 15: De 65 años a más Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
6	Diagnostico definitivo	Según Código CIE10 Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos en el CIE 10 C2. Debe estar a nivel de subcategoría es decir una letra y dos números, el punto y luego una letra o un numero según corresponda
7	Numero Total de Atendidos	Numero total de personas atendidas por cualquier profesional de la salud. Formato Numero	C1. Número entero y positivo, sin decimales

1: El separador de campos es el pipe "|".

SUSALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
SUPERINTENDENCIA ADJUNTA DE REGULACIÓN Y TRANSPARENCIA

SUSALUD
INTENDENCIA DE INVESTIGACIÓN Y SANCIONES

SUSALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
SUPERINTENDENCIA DE NORMAS Y AUTORIZACIONES

Tabla Agregada D1

Reporte Consolidado de Producción Asistencial en Hospitalizacion

N°	Nombre del Campo	Descripción y formato	Criterios de consistencia básicas a ser consideradas
1	**Periodo de Reporte**	Periodo de remisión de información a SUSALUD Formato: AAAAMM	C1. Debe ser una fecha válida Formato: AAAAMM
2	**Código de la IPRESS**	Código de IPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de IPRESS
3	**Código de la UGIPRESS**	Código de UGIPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de UGIPRESS C2. Si no tiene UGIPRESS se coloca el codigo de IPRESS
4	**Servicio /Especialidad**	Según Tabla Z Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos en la Tabla Z.
5	**Ingresos**	Numero Total de pacientes que Ingresan a Hospitalización Formato Número	C1. Número entero y positivo, sin decimales
6	**Egresos**	Numero Total de pacientes que Egresan de Hospitalización Formato Número	C1. Número entero y positivo, sin decimales
7	**Estancias**	Sumatoria del total de dias estancias de los pacientes que han permanecido hospitalizados Formato Número	C1. Número entero y positivo, sin decimales
8	**Pacientes Dias**	Sumatoria del total numero de pacientes que ocuparon las camas de los servicios de hospitalización Formato Numero	C1. Número entero y positivo, sin decimales
9	**Camas**	Numero de camas en hospitalización Formato Número	C1. Número entero y positivo, sin decimales
10	**Dias Cama Disponible**	Sumatoria total de camas habilitadas para hospitalización, ocupadas o vacantes Formato Número	C1. Número entero y positivo, sin decimales
11	**Fallecidos**	Numero de pacientes fallecidos en hospitalización Formato Numero	C1. Número entero y positivo, sin decimales

1: El separador de campos es el pipe "|".

Tabla Agregada D2

Reporte Consolidado de Morbilidad en Hospitalización

N°	Nombre del Campo	Descripción y formato	Criterios de consistencia básicas a ser consideradas
1	Periodo de Reporte	Periodo de remisión de información a SUSALUD Formato: AAAAMM	C1. Debe ser una fecha válida Formato: AAAAMM
2	Código de la IPRESS	Código de IPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de IPRESS
3	Código de la UGIPRESS	Código de UGIPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de UGIPRESS C2. Si no tiene UGIPRESS se coloca el codigo de IPRESS
4	Sexo del Paciente	1:Hombre 2:Mujer Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
5	Grupo de Edad en años	El grupo de edad a considerar sera según la siguiente codificación 1: Menores de 1 año 2: De 1 a 4 años 3: De 5 a 9 años 4: De 10 a 14 años 5: De 15 a 19 años 6: De 20 a 24 años 7: De 25 a 29 años 8: De 30 a 34 años 9: De 35 a 39 años 10: De 40 a 44 años 11: De 45 a 49 años 12: De 50 a 54 años 13: de 55 a 59 años 14: De 60 a 64 años 15: De 65 años a más Formato Número	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
6	Diagnostico definitivo	Según Código CIE10 Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos en el CIE 10 C2. Debe estar a nivel de subcategoría es decir una letra y dos números, el punto y luego una letra o un numero según corresponda
7	Total de Atendidos	Numero total de personas atendidas por cualquier profesional de la salud. Formato Numero	C1. Número entero y positivo, sin decimales

1: El separador de campos es el pipe "|".

SUSALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
INTENDENCIA DE NORMAS Y AUTORIZACIÓN

SUSALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
INTENDENCIA DE NORMAS Y AUTORIZACIÓN

SUSALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
INTENDENCIA DE NORMAS Y AUTORIZACIÓN

Tabla Agregada E

Reporte Consolidado de Partos

N°	Nombre del Campo	Descripción y formato	Criterios de consistencia básicas a ser consideradas
1	**Periodo de Reporte**	Periodo de remisión de información a SUSALUD Formato: AAAAMM	C1. Debe ser una fecha válida Formato: AAAAMM
2	**Código de la IPRESS**	Código de IPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de IPRESS
3	**Código de la UGIPRESS**	Código de UGIPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de UGIPRESS C2. Si no tiene UGIPRESS se coloca el codigo de IPRESS
4	**Tipo de Parto**	01: Vaginal 02: Por Cesárea Formato Texto	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos
5	**Complicacion del Parto**	01: Sin Complicación 02: Complicado Formato Texto	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos
6	**Partos**	Numero Total de Partos atendidos segun tipo y complicación Formato Número	C1. Número entero y positivo, sin decimales
7	**Total de Nacimientos**	Número total de nacimientos atendidos Formato Número	C1. Número entero y positivo, sin decimales
8	**Nacimientos Vivos**	Número de nacimientos vivos Formato Número	C1. Número entero y positivo, sin decimales
9	**Nacimientos Muertos**	Número de nacimientos muertos Formato Número	C1. Número entero y positivo, sin decimales

1: El separador de campos es el pipe "|".

Tabla Agregada F

Reporte Consolidado de Eventos bajo Vigilancia Institucional

N°	Nombre del Campo	Descripción y formato	Criterios de consistencia básicas a ser consideradas
1	**Periodo de Reporte**	Periodo de remisión de información a SUSALUD Formato: AAAAMM	C1. Debe ser una fecha válida Formato: AAAAMM
2	**Código de la IPRESS**	Código de IPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de IPRESS
3	**Código de la UGIPRESS**	Código de UGIPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de UGIPRESS C2. Si no tiene UGIPRESS se coloca el codigo de IPRESS
4	**Sexo del Paciente**	1:Hombre 2:Mujer Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
5	**Grupo de Edad en años**	El grupo de edad a considerar sera según la siguiente codificación 1: Menores de 1 año 2: De 1 a 4 años 3: De 5 a 9 años 4: De 10 a 14 años 5: De 15 a 19 años 6: De 20 a 24 años 7: De 25 a 29 años 8: De 30 a 34 años 9: De 35 a 39 años 10: De 40 a 44 años 11: De 45 a 49 años 12: De 50 a 54 años 13: de 55 a 59 años 14: De 60 a 64 años 15: De 65 años a más Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
6	**Eventos**	Consignar el codigo del evento segun la siguiente codificación: 1 = Numero de Casos Nuevos de Infeccion Intrahospitalaria en Neonatos 2= Numero de Casos Nuevos de Infeccion Intrahospitalaria en UCI 3 = Numero de Casos Nuevos de Infeccion Intrahospitalaria en Gineco obstetricia 4 = Numero de Casos Nuevos de Infección del tracto urinario por cateter 5 = Numero de Casos Nuevos de Infeccion de herida operatoria 6 = Numero de Controles Prenatales realizados. 7 = Casos Nuevos de TBC pulmonar en el personal del EESS 8 = Fallecimientos en todos los servicios. 9= Casos Nuevos de TBC Multidrogoresistente (MDR o XDR). 10 = Casos nuevos de infeccion HIV. 11 = Partos en Gestantes que han recibido por lo menos un control prenatal en la IPRESS 12 = Partos que se producen en gestantes que han recibido por lo menos 6 controles prenatales. 13 = Partos en gestante que han recibido la primera consulta prenatal en el primer trimestre del embarazo 14 = Casos Nuevos de Gestantes con diagnostico confirmado de Tuberculosis 15 = Casos Nuevos de Gestantes con diagnostico confirmado de infección HIV. 16= Nacidos vivos con bajo peso al nacer (< 2500 grs) 17= Niños de 37 meses que completaron esquema nacional de inmunizaciones 18= Niños de 37 meses que completaron por lo menos 6 controles CRED 19= Numero de muertes neonatales (menos de 28 dias de nacido) 20= Numero de muertes maternas 21= Nacidos vivos con edad gestacional menor a 37 semanas de gestación (según Fecha de Ultima Regla)	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos. C2 Si el codigo de evento corresponde a 6,11,12,13,14,15,20, el codigo de sexo deber ser =2 C3 Si el codigo de evento corresponde a 1,16,,19,21 el codigo de edad deber ser =1 C4 Si el codigo de evento corresponde a 17,18 el codigo de edad puede ser =1 ó 2
7	**Total**	Número total de eventos según tipo Formato Número	C1. Número entero y positivo, sin decimales

Importante : Los eventos se notifican solo una vez en el mes del reporte correspondiente
1: El separador de campos es el pipe "|".

Tabla Agregada G

Reporte Consolidado de Producción Asistencial de Procedimientos

N°	Nombre del Campo	Descripción y formato	Criterios de consistencia básicas a ser consideradas
1	**Periodo de Reporte**	Periodo de remisión de información a SUSALUD Formato: AAAAMM	C1. Debe ser una fecha válida Formato: AAAAMM
2	**Código de la IPRESS**	Código de IPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de IPRESS
3	**Código de la UGIPRESS**	Código de UGIPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de UGIPRESS C2. Si no tiene UGIPRESS se coloca el codigo de IPRESS
4	**Codigo del Procedimiento**	Codigo del Procedimiento realizado (Diagnostico Terapeutico) Nomenclador CPT según identificador estándar de datos en salud N° 001, según el DS N° 024-2005-SA Formato Texto	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos según sea el caso
5	**Total Procedimientos**	Número total de procedimientos Formato Número	C1. Número entero y positivo, sin decimales
6	**Servicio /Especialidad**	Según Tabla Z Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos en la Tabla Z

1: El separador de campos es el pipe "|".

Tabla Agregada H

Reporte Consolidado de Producción Asistencial de Intervenciones Quirurgicas

N°	Nombre del Campo	Descripción y formato	Criterios de consistencia básicas a ser consideradas
1	Periodo de Reporte	Periodo de remisión de información a SUSALUD Formato: AAAAMM	C1. Debe ser una fecha válida Formato: AAAAMM
2	Código de la IPRESS	Código de IPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de IPRESS
3	Código de la UGIPRESS	Código de UGIPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de UGIPRESS C2. Si no tiene UGIPRESS se coloca el codigo de IPRESS
4	Programación	Tipo de Cirugia según programación 1 Cirugia Programada 2 Cirugia de Emergencia Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
5	Cirugias Mayores	Numero Total Cirugias Mayores Realizadas Formato Número	C1. Número entero y positivo, sin decimales
6	Cirugias Menores	Numero de Cirugias Menores Realizadas Formato Número	C1. Número entero y positivo, sin decimales
7	Horas Programadas	Numero de Horas Programadas Formato Número	C1 Número entero y positivo, sin decimales C2 Solo si el campo 3 es igual a 1
8	Horas Efectivas	Numero de Horas Efectivas Formato Número	C1. Número entero y positivo, sin decimales
9	Horas Acto Quirurgico	Numero de Horas Acto Quirurgico Formato Número	C1. Número entero y positivo, sin decimales
10	Cirugias Suspendidas	Numero de Cirugias Suspendidas Formato Número	C1 Número entero y positivo, sin decimales C2 Solo si el campo 3 es igual a 1

1: El separador de campos es el pipe '|'.

Tabla I Referencias

CAMPO CLAVE : [1] + [2] + [3] + [4] + [5]

N°	Nombre del Campo	Descripción y formato	Criterios de consistencia básicas a ser consideradas
1	Periodo de Reporte	Periodo de remisión de información a SUSALUD Formato: AAAAMM	C1. Debe ser una fecha válida Formato: AAAAMM
2	Código de la IPRESS	Código de IPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de IPRESS
3	Código de la UGIPRESS	Código de UGIPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de UGIPRESS C2. Si no tiene UGIPRESS se coloca el codigo de IPRESS
4	Centro Asistencial Origen	Centro asistencial de menor nivel de resolución que genera la referencia según Código de IPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de IPRESS
5	Correlativo otorgado por la IPRESS o UGIPRESS	Correlativo otorgado por la IPRESS o UGIPRESS	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
DE LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
6	Número de Historia Clínica	Código de Historia Clínica Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
7	Tipo documento de identidad del paciente	1: Documento Nacional de Identidad 2: Carné de Extranjería 3: Pasaporte 5: Código de Recién Nacido (Madre) Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
8	Número de documento de identidad del paciente	Número de documento de identidad señalado en el numeral precedente Formato Texto	C1. Para el caso del DNI, se validará que contenga 8 caracteres y sean caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9]. C2. Para otros casos diferentes al DNI, se validará que este campo no este en blanco.
9	Sexo del Paciente	1:Hombre 2:Mujer Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
10	Edad del paciente	Edad del paciente: mayores de 1 año, en años menores de 1 año, en meses Formato nn-m ó nn-a	C1. El valor debe ser válido
11	Servicio Asistencial Origen	Servicio del Centro asistencial de menor nivel de resolución que genera la referencia Según Tabla Anexa Z Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos la Tabla Z
12	Centro Asistencial Destino	Centro asistencial de mayor nivel de resolución que recibe la referencia según Código de IPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de IPRESS
13	Servicio Asistencial Destino	Servicio del Centro asistencial de mayor nivel de resolución que recibe la referencia Según Tabla Z Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos la Tabla Z
14	Diagnóstico Principal Motivo de la Referencia	Diagnóstico Principal Motivo de la Referencia Según Código CIE10 Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos en el CIE 10 C2. Debe estar a nivel de subcategoría es decir una letra y dos números, el punto y luego una letra o un numero según corresponda
15	Tipo de Diagnóstico Principal motivo de la referencia	01: Presuntivo 02: Definitivo Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
16	Diagnóstico Secundario Motivo de la Referencia	Diagnóstico Secundario Motivo de la Referencia Según Código CIE10 Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos en el CIE 10 C2. Debe estar a nivel de subcategoría es decir una letra y dos números, el punto y luego una letra o un numero según corresponda
17	Tipo de Diagnóstico Secundario motivo de la referencia	01: Presuntivo 02: Definitivo Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
18	Fecha de extensión de la referencia	Es la fecha en la que el médico o profesional de la salud extiende la referencia Formato AAAAMMDD	C1. La fecha debe ser válida C2. La fecha de extension debe ser anterior o igual a la fecha de tramite
19	Fecha de trámite o solicitud de la referencia	Es la fecha en la que el área o unidad de referencia del centro asistencial origen solicita y tramita la referencia en el sistema informático Formato AAAAMMDD	C1. La fecha debe ser válida C2. La fecha de tramite debe ser anterior a la fecha de cita

1: El separador de campos es el pipe '|'.

Tabla Agregada J

Reporte Consolidado de Programación Asistencial

N°	Nombre del Campo	Descripción y formato	Criterios de consistencia básicas a ser consideradas
1	Periodo de Reporte	Periodo de remisión de información a SUSALUD Formato: AAAAMM	C1. Debe ser una fecha válida Formato: AAAAMM
2	Código de IPRESS	Código de IPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de IPRESS
3	Código de la UGIPRESS	Código de UGIPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de UGIPRESS C2. Si no tiene UGIPRESS se coloca el codigo de IPRESS
3	Código de Colegio Profesional del personal de salud	00: Profesional de la Salud sin colegiatura 01: Colegio Médico del Perú 02: Colegio Químico Farmacéutico del Perú 03: Colegio Odontológico del Perú 04: Colegio de Biólogos del Perú 05: Colegio de Obstetrices del Perú 06: Colegio de Enfermeros del Perú 07: Colegio de Trabajadores Sociales del Perú 08: Colegio de Psicólogos del Perú 09: Colegio de Tecnólogos Médicos del Perú 10: Colegio de Nutricionistas del Perú Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
4	Total de Profesionales	Numero Total de Profesionales según cada profesional (colegiatura) Formato Número	C1. Número entero y positivo, sin decimales
5	Horas Mensuales Programadas en Atención Ambulatoria	Numero de Horas Mensuales en Atención Ambulatoria según cada profesional (colegiatura) Formato Número	C1. Número entero y positivo, sin decimales
6	Horas Mensuales Programadas en Emergencia	Numero de Horas Mensuales Programadas en Emergencia según cada profesional (colegiatura) Formato Número	C1. Número entero y positivo, sin decimales
7	Horas Mensuales Programadas en Hospitalizacion	Numero de Horas Mensuales Programadas en Hospitalizacion según cada profesional (colegiatura) Formato Número	C1. Número entero y positivo, sin decimales
8	Horas Mensuales Administrativas Programadas	Numero de Horas Mensuales Administrativas Programadas según cada profesional (colegiatura) Formato Número	C1. Número entero y positivo, sin decimales
9	Horas Mensuales Programadas en Capacitacion	Numero de Horas Mensuales Programadas en Capacitacion según cada profesional (colegiatura) Formato Número	C1. Número entero y positivo, sin decimales

1: El separador de campos es el pipe "|".

MANUAL DE USUARIO
ANEXO 2

TABLA 1.1 Prestaciones de Salud - Ambulatorio

CAMPO CLAVE : [1] + [2] + [3] + [4]+ [5]

N°	Nombre del Campo	Descripcion y formato	Criterios de consistencia basicas a ser consideradas
CAMPOS CLAVES			
1	Periodo de Reporte	Periodo de remisión de información a SUSALUD Formato: AAAAMM	C1. Debe ser una fecha válida Formato: AAAAMM
2	Código de la IPRESS	Código de IPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de IPRESS
3	Código de la UGIPRESS	Código de UGIPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de UGIPRESS C2. Si no tiene UGIPRESS se coloca el codigo de IPRESS
4	Código de la IAFAS	Código de la IAFAS que autoriza la prestación. Se debe ingresar el código otorgado por SUSALUD	C1. Debe ser un código válido de la tabla de IAFAS o el valor "00000" para los casos de pacientes que asumen el costo de la prestación
5	Correlativo otorgado por la IPRESS o UGIPRESS	Correlativo otorgado por la IPRESS o UGIPRESS	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
DE LA IDENTIFICACION DEL PACIENTE			
6	Número de Historia Clínica	Numero de Historia Clinica Formato alfanumérico	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
7	Tipo documento de identidad del paciente	1: Documento Nacional de Identidad 2: Carné de Extranjería 3: Pasaporte 4: Documento de Identidad Extranjero 5: Código de Recién Nacido (Madre) Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
8	Número de documento de identidad del paciente	Número de documento de identidad señalado en el numeral precedente Formato Texto	C1. Para el caso del DNI, se validará que contenga 8 caracteres y sean caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9]. C2. Para otros casos diferentes al DNI, se validará que este campo no este en blanco.
9	Sexo del Paciente	1:Hombre 2:Mujer Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
10	Edad del paciente	Edad del paciente: formato nn-m o nn-a menores de 1 año, en meses mayores de 1 año, en años	C1. El valor debe ser válido
ATENCION AMBULATORIA (*)			
11	Fecha de Atención	Formato : AAAAMMDD	C1. El mes y año deben corresponder al periodo de reporte
12	Hora de Atención	Formato HHMMSS (donde HH es de 00 hasta 23.)	C1. La hora debe ser válida
13	Servicio /Especialidad que brindó la atención	Según Tabla Z Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos en la Tabla Z C2. Solo corresponde a las consultas realizadas por medico
14	Fecha de Emisión de la Cita	Formato : AAAAMMDD	C1. La fecha debe ser válida
15	Primer Diagnóstico o Principal	Según Código CIE10 Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos en el CIE 10 C2. Debe estar a nivel de sub categoría es decir un letra dos números un punto y un numero o letra final
16	Primer Tipo de Diagnóstico	01: Presuntivo 02: Definitivo 03: Repetido Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
17	Segundo Diagnóstico	Según Código CIE10 Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos en el CIE 10 C2. Debe estar a nivel de sub categoría es decir un letra dos números un punto y un numero o letra final
18	Segundo Tipo de Diagnóstico	01: Presuntivo 02: Definitivo 03: Repetido Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
19	Tercer Diagnóstico	Según Código CIE10 Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos en el CIE 10 C2. Debe estar a nivel de sub categoría es decir un letra dos números un punto y un numero o letra final
20	Tercer Tipo de Diagnóstico	01: Presuntivo 02: Definitivo 03: Repetido Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
21	Código de Colegio Profesional del Responsable del procedimiento	00: Profesional de la Salud sin colegiatura 01: Colegio Médico del Perú 02: Colegio Químico Farmacéutico del Perú 03: Colegio Odontológico del Perú 04: Colegio de Biólogos del Perú 05: Colegio de Obstetrices del Perú 06: Colegio de Enfermeros del Perú 07: Colegio de Trabajadores Sociales del Perú 08: Colegio de Psicólogos del Perú 09: Colegio de Tecnólogos Médicos del Perú 10: Colegio de Nutricionistas del Perú Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
22	Número de Colegio del Profesional de la Salud responsable	Número de Colegio del Profesional de la Salud Formato Texto	C1. El valor debe ser registrado según sea identificado
23	Monto total de la prestación	Monto de la prestación en nuevos soles sin IGV	C1. Dígitos del 0 al 9 con dos decimales. Separador de decimales es .
24	Monto asumido por el paciente	Monto de la prestación que asume el paciente en nuevos soles sin IGV	C1. Dígitos del 0 al 9 con dos decimales. Separador de decimales es .

1: Los montos decimales deberán consignarse a dos decimales considerando punto decimal, no con coma.

2: El separador de campos es el pipe "|".

(*) Atención de Salud Ambulatorio:Corresponde a la atención médica realizada al paciente en forma ambulatoria en el consultorio por el profesional de la salud , no incluye procedimientos ,medicamentos,, exámenes de laboratorio, etc.

SUSALUD SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

SUSALUD SUPERINTENDENCIA ADJUNTA DE REGULACIÓN

SUSALUD SUPERINTENDENCIA DE NORMAS Y AUTORIZACIONES

TABLA 1.2 Prestaciones de Salud - Emergencia

CAMPO CLAVE : [1] + [2] + [3] + [4] + [5]

N°	Nombre del Campo	Descripción y formato	Criterios de consistencia basicas a ser consideradas
CAMPOS CLAVES			
1	Periodo de Reporte	Periodo de remisión de información a SUSALUD Formato: AAAAMM	C1. Debe ser una fecha válida Formato: AAAAMM
2	Código de la IPRESS	Código de IPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de IPRESS
3	Código de la UGIPRESS	Código de UGIPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de UGIPRESS C2. Si no tiene UGIPRESS se coloca el codigo de IPRESS
4	Código de la IAFAS	Código de la IAFAS que autoriza la prestación. Se debe ingresar el código otorgado por SUSALUD	C1. Debe ser un código válido de la tabla de IAFAS o el valor "00000" para los casos de pacientes que asumen el costo de la prestación
5	Correlativo otorgado por la IPRESS o UGIPRESS	Correlativo otorgado por la IPRESS o UGIPRESS	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
DE LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
6	Número de Historia Clínica	Numero de Historia Clínica Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
7	Tipo documento de identidad del paciente	1: Documento Nacional de Identidad 2: Carné de Extranjería 3: Pasaporte 4: Documento de Identidad Extranjero 5: Código de Recién Nacido (Madre) Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
8	Número de documento de identidad del paciente	Número de documento de identidad señalado en el numeral precedente Formato Texto	C1. Para el caso del DNI, se validará que contenga 8 caracteres y sean caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9]. C2. Para otros casos diferentes al DNI, se validará que este campo no este en blanco.
9	Sexo del Paciente	1:Hombre 2:Mujer Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
10	Edad del paciente	Edad del paciente: formato nn-m o nn-a menores de 1 año, en meses mayores de 1 año, en años	C1. El valor debe ser válido
ATENCION EN EMERGENCIA (*)			
12	Fecha de Ingreso a Emergencia	Formato : AAAAMMDD	C1. La fecha debe ser válida
11	Hora de Ingreso a Emergencia	Formato HHMMSS (donde HH es de 00 hasta 23.)	C1. La hora debe ser válida
12	Prioridad de la Emergencia	01: Prioridad I 02: Prioridad II 03: Prioridad III 04: Prioridad IV 05: Sin Signos Vitales Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
12	Diagnóstico de Emergencia 1	Diagnóstico que motiva el ingreso a emergencia Según Código CIE10 Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos en el CIE 10 C2. Debe estar a nivel de sub categoría es decir un letra dos números un punto y un numero o letra final
13	Tipo de Diagnóstico	01: Presuntivo 02: Definitivo 03: Repetido Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
14	Diagnóstico de Emergencia 2	Según Código CIE10 Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos en el CIE 10 C2. Debe estar a nivel de sub categoría es decir un letra dos números un punto y un numero o letra final
15	Tipo de Diagnóstico	01: Presuntivo 02: Definitivo 03: Repetido Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
16	Fecha de Alta de Emergencia	Formato : AAAAMMDD	C1. La fecha debe ser valida C2. El mes y año debe coincidir con el Periodo de envío
17	Hora de Alta de Emergencia	Formato HHMMSS (donde HH es de 00 hasta 23.)	C1. La hora debe ser válida
18	Condición de Alta	01: Aliviado 02: Hospitalizado 03: Sala de Operaciones 04: Hospitalizacion 05: Fallecido Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
19	Monto total de la prestación	Monto de la prestación en nuevos soles sin IGV	C1. Dígitos del 0 al 9 con dos decimales. Separador de decimales es .
20	Monto asumido por el paciente	Monto de la prestación que asume el paciente en nuevos soles sin IGV	C1. Dígitos del 0 al 9 con dos decimales. Separador de decimales es .

1: Los montos decimales deberán consignarse a dos decimales considerando punto decimal, no con coma.

2: El separador de campos es el pipe "|".

(*) Atención de Salud de Emergencia: Corresponde a la atención médica realizada al paciente en el establecimiento de salud con/sin internamiento, no incluye procedimientos, medicamentos, etc.

SUSALUD - SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

SUSALUD - SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD - SUPERINTENDENCIA DE NORMAS Y AUTORIZACIONES

SUSALUD - SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD - SUPERINTENDENCIA DE NORMAS Y AUTORIZACIONES

TABLA 1.3 Prestaciones de Salud - Hospitalización

CAMPO CLAVE : [1] + [2] + [3] + [4] + [5]

N	Nombre del Campo	Descripcion y formato	Criterios de consistencia basicas a ser consideradas
CAMPOS CLAVES			
1	Periodo de Reporte	Periodo de remisión de información a SUSALUD Formato: AAAAMM	C1. Debe ser una fecha válida Formato: AAAAMM
2	Código de la IPRESS	Código de IPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de IPRESS
3	Código de la UGIPRESS	Código de UGIPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de UGIPRESS C2. Si no tiene UGIPRESS se coloca el codigo de IPRESS
4	Código de la IAFAS	Código de la IAFAS que autoriza la prestación. Se debe ingresar el código otorgado por SUSALUD	C1. Debe ser un código válido de la tabla de IAFAS o el valor "00000" para los casos de pacientes que asumen el costo de la prestación
5	Correlativo otorgado por la IPRESS o UGIPRESS	Correlativo otorgado por la IPRESS o UGIPRESS	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
DE LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
6	Número de Historia Clínica	Numero de Historia Clinica Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
7	Tipo documento de identidad del paciente	1: Documento Nacional de Identidad 2: Carné de Extranjería 3: Pasaporte 4: Documento de Identidad Extranjero 5: Código de Recién Nacido (Madre) Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
8	Número de documento de identidad del paciente	Número de documento de identidad señalado en el numeral precedente Formato Texto	C1. Para el caso del DNI, se validará que contenga 8 caracteres y sean carecteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9]. C2. Para otros casos diferentes al DNI, se validará que este campo no este en blanco.
9	Sexo del Paciente	1:Hombre 2:Mujer Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
10	Edad del paciente	Edad del paciente: formato nn-m o nn-a menores de 1 año, en meses mayores de 1 año, en años	C1. El valor debe ser válido
ATENCION DE HOSPITALIZACION (*)			
11	Fecha de Hospitalización	Formato : AAAAMMDD	C1. La fecha debe ser válida
12	Área de procedencia	01: Consultorio 02: Emergencia 03: Hospitalización 04: Referido 05: Otro Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
13	Código de Colegio Profesional del Responsable del procedimiento	00: Profesional de la Salud sin colegiatura 01: Colegio Médico del Perú 02: Colegio Químico Farmacéutico del Perú 03: Colegio Odontológico del Perú 04: Colegio de Biólogos del Perú 05: Colegio de Obstetrices del Perú 06: Colegio de Enfermeros del Perú 07: Colegio de Trabajadores Sociales del Perú 08: Colegio de Psicólogos del Perú 09: Colegio de Tecnólogos Médicos del Perú 10: Colegio de Nutricionistas del Perú Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
14	Número de Colegio Médico del profesional que solicitó el Ingreso a Hospitalización	Número de Colegio del Profesional de la Salud Formato Texto	C1. El valor debe ser válido (Solicita o autoriza)
15	Primer Diagnóstico o Principal de Ingreso a Hospitalización	Según Código CIE10 Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos en el CIE 10 C2. Debe estar a nivel de sub categoría es decir un letra dos números un punto y un numero o letra final
16	Segundo Diagnóstico de Ingreso a Hospitalización	Según Código CIE10 Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos en el CIE 10 C2. Debe estar a nivel de sub categoría es decir un letra dos números un punto y un numero o letra final
17	Tercer Diagnóstico de Ingreso a Hospitalización	Según Código CIE10 Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos en el CIE 10 C2. Debe estar a nivel de sub categoría es decir un letra dos números un punto y un numero o letra final
18	Tipo de Profesional Responsable de la atención (que dá el Alta o que atiende el parto en caso de atencion partos)	01: Médico 02: Obstetriz	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
19	Número de Colegio del Profesional de la Salud Responsable	Número de Colegio del Profesional de la Salud Formato Texto	C1. El valor debe ser registrado según sea identificado
20	Primer Diagnóstico o Principal de Egreso de Hospitalización	Según Código CIE10 Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos en el CIE 10 C2. Debe estar a nivel de sub categoría es decir un letra dos números un punto y un numero o letra final
21	Segundo Diagnóstico de Egreso de Hospitalización	Según Código CIE10 Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos en el CIE 10 C2. Debe estar a nivel de sub categoría es decir un letra dos números un punto y un numero o letra final
22	Tercer Diagnóstico de Egreso de Hospitalización	Según Código CIE10 Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos en el CIE 10 C2. Debe estar a nivel de sub categoría es decir un letra dos números un punto y un numero o letra final
23	Motivo del Alta del Establecimiento	01: Alta 02: Retiro Voluntario 03: Referencia 04: Contrareferencia 05: Citado (Mismo establecimiento) 06: Fallecimiento 07: Otro motivo 08: Fuga del paciente Formato Texto	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos
24	Fecha de Alta	Formato : AAAAMMDD	C1. El mes y año deben corresponder con el Periodo de Reporte
25	Monto total de la prestación	Monto de la prestación en nuevos soles sin IGV	C1. Dígitos del 0 al 9 con dos decimales. Separador de decimales es .
26	Monto asumido por el paciente	Monto de la prestación que asume el paciente en nuevos soles sin IGV	C1. Dígitos del 0 al 9 con dos decimales. Separador de decimales es .

1: Los montos decimales deberán consignarse a dos decimales considerando punto decimal, no con coma.

2: Separador de campos es el pipe "|".

(*) Prestación de Salud Hospitalización: Corresponde a la atención médica realizada al paciente en el establecimiento de salud con internamiento, no incluye procedimientos, medicamentos, etc.

TABLA 1.4. Prestaciones de Salud - Partos

CAMPO CLAVE : [1] + [2] + [3] + [4] + [5]

N°	Nombre del Campo	Descripcion y formato	Criterios de consistencia basicas a ser consideradas
CAMPOS CLAVES			
1	Periodo de Reporte	Periodo de remisión de información a SUSALUD Formato: AAAAMM	C1. Debe ser una fecha valida Formato: AAAAMM
2	Código de la IPRESS	Código de IPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de IPRESS
3	Código de la UGIPRESS	Código de UGIPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de UGIPRESS C2. Si no tiene UGIPRESS se coloca el codigo de IPRESS
4	Código de la IAFAS	Código de la IAFAS que autoriza la prestación. Se debe ingresar el código otorgado por SUSALUD	C1. Debe ser un código válido de la tabla de IAFAS o el valor "00000" para los casos de pacientes que asumen el costo de la prestación
5	Correlativo otorgado por la IPRESS o UGIPRESS	Correlativo otorgado por la IPRESS o UGIPRESS	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
DE LA IDENTIFICACION DEL PACIENTE			
6	Número de Historia Clínica	Numero de Historia Clinica Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
6	Tipo documento de identidad del paciente	1: Documento Nacional de Identidad 2: Carné de Extranjeria 3: Pasaporte 4: Documento de Identidad Extranjero 5: Código de Recién Nacido (Madre) Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
7	Número de documento de identidad del paciente	Número de documento de identidad señalado en el numeral precedente Formato Texto	C1. Para el caso del DNI, se validará que contenga 8 caracteres y sean caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9]. C2. Para otros casos diferentes al DNI, se validará que este campo no este en blanco.
8	Sexo del Paciente	2:Mujer Formato Texto	C1. Sólo debe contener el valor 2
9	Edad del paciente	Edad del paciente: formato nn-m o nn-a mayores de 1 año, en años	C1. El valor debe ser válido
INFORMACION COMPLEMENTARIA EN HOSPITALIZACION POR PARTOS			
10	Fecha de Parto	Formato ; AAAAMMDD	C1. El mes y año debe coincidir con el Período del Reporte
11	Semanas de Gestación de la Gestante	Semanas de Gestación en base a Fecha de Última Regla (FUR) Formato numérico	C1. El valor debe ser válido C2. Caracteres Numericos 99.99 con dos decimales
12	Tipo de Parto	01: Vaginal 02: Por Cesárea Formato Texto	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos
13	Diagnóstico de Atencion	Diagnostico de Atencion del parto según CIE 10 Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos en el CIE 10 C2. Debe estar a nivel de sub categoría es decir un letra dos numeros un punto y un numero o letra final
14	Hora del parto	Hora del parto Formato HHMMSS (donde HH es de 00 hasta 23.)	C1. La hora debe ser válida
15	Natimuertos	Numero total de Natimuertos	C1. Número entre 1 y 10
16	Nacidos Vivos	Número de nacimientos vivos	C1. Número entre 1 y 10
17	Monto total de la prestación	Monto de la prestación en nuevos soles sin IGV	C1. Dígitos del 0 al 9 con dos decimales. Separador de decimales es .
18	Monto asumido por el paciente	Monto de la prestación que asume el paciente en nuevos soles sin IGV	C1. Dígitos del 0 al 9 con dos decimales. Separador de decimales es .

1: Los montos decimales deberán consignarse a dos decimales considerando punto decimal, no con coma.

2: El separador de campos es el pipe "|".

TABLA 2. PROCEDIMIENTOS

CAMPO CLAVE : [1] + [2] + [3] + [4] + [5] + [6] + [7]

N°	Nombre del Campo	Descripción y formato	Criterios de consistencia basicas a ser considerados
1	Periodo de Reporte	Periodo de remisión de información a SUSALUD Formato: AAAAMM	C1. Debe ser una fecha válida Formato: AAAAMM
2	Código de la IPRESS	Código de IPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de IPRESS
3	Código de la IAFAS	Código de la IAFAS que autoriza la prestación. Se debe ingresar el código otorgado por SUSALUD	C1. Debe ser un código válido de la tabla de IAFAS o el valor "00000" para los casos de pacientes que asumen el costo de la prestación
4	Código de la UGIPRESS	Código de UGIPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de UGIPRESS C2. Si no tiene UGIPRESS se coloca el código de IPRESS
5	Código de Servicio de Origen	1: Consulta ambulatoria 2: Emergencia 3: Hospitalización 4: Partos 5: Otros	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
6	Correlativo otorgado por la IPRESS o UGIPRESS	Correlativo otorgado por la IPRESS o UGIPRESS	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
7	Correlativo de procedimiento	Correlativo otorgado por la IPRESS o UGIPRESS	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
DE LA IDENTIFICACION DEL PACIENTE			
8	Número de Historia Clínica	Número de Historia Clínica Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
9	Tipo documento de identidad del paciente	1: Documento Nacional de Identidad 2: Carné de Extranjería 3: Pasaporte 5: Código de Recién Nacido (Madre) Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
10	Número de documento de identidad del paciente	Número de documento de identidad señalado en el numeral precedente Formato Texto	C1. Para el caso del DNI, se validará que contenga 8 caracteres y sean caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9]. C2. Para otros casos diferentes al DNI, se validará que este campo no este en blanco.
11	Sexo del Paciente	1:Hombre 2:Mujer Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
12	Edad del paciente	Edad del paciente: formato nn-m o nn-a mayores de 1 año, en años	C1. El valor debe ser válido
DE LA ATENCIÓN DE PROCEDIMIENTOS			
13	Tipo de Procedimiento	1: Quirúrgico 2 No quirúrgico	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
14	Fecha en que se realiza el Procedimiento	Fecha en que se realiza el Procedimiento En formato: AAAAMMDD	C1. La fecha debe ser válida C2. El mes y año debe coincidir con el Período del Reporte
15	Diagnóstico que motivó el Procedimiento	Según Código CIE10 Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos en el CIE 10 C2. Debe estar a nivel de sub categoría es decir un letra dos números un punto y un numero o letra final C3. Sólo cuando el valor del campo Tipo de Procedimiento es 2
16	Codigo del Procedimiento	Codigo del Procedimiento realizado Nomenclador CPT según identificador estándar de datos en salud N° 001, según el DS N° 024-2005-SA Formato Texto	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos según sea el caso C2. Sólo cuando el valor del campo Tipo de Procedimiento es 2
17	Diagnóstico 1 Motivo de Intervención Quirúrgica	Según Código CIE10 Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos en el CIE 10 C2. Debe estar a nivel de sub categoría es decir un letra dos números un punto y un numero o letra final C3. Sólo cuando el valor del campo Tipo de Procedimiento es 1
18	Diagnóstico 2 Motivo de Intervención Quirúrgica	Según Código CIE10 Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos en el CIE 10 C2. Debe estar a nivel de sub categoría es decir un letra dos números un punto y un numero o letra final C3. Sólo cuando el valor del campo Tipo de Procedimiento es 1
19	Intervención Quirúrgica 1	Codigo del Procedimiento realizado Nomenclador CPT según identificador estándar de datos en salud N° 001, según el DS N° 024-2005-SA Formato Texto	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos según sea el caso C2. Sólo cuando el valor del campo Tipo de Procedimiento es 2
20	Tipo de Anestesia utilizada en el procedimiento	00: Sin anestesia 01: Inhalatoria 02: Endovenosa 03: Epidural 04: Raquídea 05: Regional 06: General 07: Local 09: No se tiene el registro Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
21	Hora de Inicio de la Intervención Quirúrgica	Hora de Inicio de la Intervención Quirúrgica Formato HHMMSS (donde HH es de 00 hasta 23.)	C1. La hora debe ser válida C2. Colocar 999999 si no se tiene el registro C3. Sólo cuando el valor del campo Tipo de Procedimiento es 2
22	Hora de Finalización de la Intervención Quirúrgica	Hora de Finalización de la Intervención Quirúrgica Formato HHMMSS (donde HH es de 00 hasta 23.)	C1. La hora debe ser válida C2. Colocar 999999 si no se tiene el registro C3. Sólo cuando el valor del campo Tipo de Procedimiento es 2
23	Complicación de la Intervención Quirúrgica	01: Complicado 02: Sin Complicación Formato Texto	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos C2. Sólo cuando el valor del campo Tipo de Procedimiento es 2

SUSALUD SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

SUSALUD SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

TABLA 2. PROCEDIMIENTOS

CAMPO CLAVE : [1] + [2] + [3] + [4] + [5] + [6] + [7]

N°	Nombre del Campo	Descripcion y formato	Criterios de consistencia básicas a ser consideradas
24	Código de Colegio Profesional del Responsable del procedimiento	00: Profesional de la Salud sin colegiatura 01: Colegio Médico del Perú 02: Colegio Químico Farmacéutico del Perú 03: Colegio Odontológico del Perú 04: Colegio de Biólogos del Perú 05: Colegio de Obstetrices del Perú 06: Colegio de Enfermeros del Perú 07: Colegio de Trabajadores Sociales del Perú 08: Colegio de Psicólogos del Perú 09: Colegio de Tecnólogos Médicos del Perú 10: Colegio de Nutricionistas del Perú Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
25	Número de Colegio del Profesional de la Salud responsable	Número de Colegio del Profesional de la Salud Formato Texto	C1. El valor debe ser registrado según sea identificado
26	Número de Colegio Médico del Anestesiologo	Número de Colegio Medico del Anestesiologo Formato Texto	C1. El valor debe ser registrado según sea identificado C2. Sólo cuando el valor del campo Tipo de Procedimiento es 2 C3. Cuando el procedimiento no requiera anestesiólogo, llenar con 999999
27	Monto total de la prestación	Monto de la prestación en nuevos soles sin IGV	C1. Digitos del 0 al 9 con dos decimales. Separador de decimales es ,
28	Monto asumido por el paciente	Monto de la prestación que asume el paciente en nuevos soles sin IGV	C1. Digitos del 0 al 9 con dos decimales. Separador de decimales es ,

1: Los montos decimales deberán consignarse a dos decimales considerando punto decimal, no con coma.

2: El separador de campos es el pipe "|".

TABLA 3 PRODUCTOS DE FARMACIA

CAMPO CLAVE (hace único el registro en un envío de información, no puede haber registros repetidos en un mismo envío) :
[1] + [2] + [3] + [4] + [5]+ [6] + [7]

N°	Nombre del Campo	Descripcion y formato	Criterios de consistencia básicas a ser consideradas
1	Periodo de Reporte	Periodo de remisión de información a SUSALUD Formato: AAAAMM	C1. Debe ser una fecha válida Formato: AAAAMM
2	Código de la IPRESS	Código de IPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de IPRESS
3	Código de la UGIPRESS	Código de UGIPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de UGIPRESS C2. Si no tiene UGIPRESS se coloca el codigo de IPRESS
4	Código de la IAFAS	Código de la IAFAS que autoriza la prestación. Se debe ingresar el código otorgado por SUSALUD	C1. Debe ser un código válido de la tabla de IAFAS o el valor "00000" para los casos de pacientes que asumen el costo de la prestación
5	Código de Servicio de Origen	1: Consulta ambulatoria 2: Emergencia 3: Hospitalización 4: Partos 5: Procedimientos 6: Otros	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
6	Correlativo otorgado por la IPRESS o UGIPRESS	Correlativo otorgado por la IPRESS o UGIPRESS	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
7	Correlativo de farmacia	Correlativo otorgado por la IPRESS o UGIPRESS	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
DE LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
8	Número de Historia Clínica	Numero de Historia Clinica Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
9	Tipo documento de identidad del paciente	1: Documento Nacional de Identidad 2: Carné de Extranjería 3: Pasaporte 5: Código de Recién Nacido (Madre) Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
10	Número de documento de identidad del paciente	Número de documento de identidad señalado en el numeral precedente Formato Texto	C1. Para el caso del DNI, se validará que contenga 8 caracteres y sean caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9]. C2. Para otros casos diferentes al DNI, se validará que este campo no este en blanco.
11	Sexo del Paciente	1: Hombre 2: Mujer Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
12	Edad del paciente	Edad del paciente: formato nn-m o nn-a mayores de 1 año, en años menores de 1 año, en meses	C1. El valor debe ser válido
DE LA IDENTIFICACIÓN DE LOS PRODUCTOS DE FARMACIA			
13	Registro Sanitario del Producto Farmacia	Registro Sanitario del Producto Farmaceutico según lo otorgado por el DIGEMID	C1. El valor en el campo debe corresponder a algún valor consignado por la DIGEMID
14	Tipo de Producto de Farmacia	C: Medicamento para el cual se utiliza el catálogo del CUM-SUSALUD o su equivalente en otro sistema de codificacion institucional que debera ser reportado y coordinado con SUSALUD I: Insumo, material médico o prótesis según listado de SUSALUD O: Otros productos de farmacias no considerados fármacos, insumos, materiales médicos ni prótesis. R: Medicamento con receta magistral.	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos
15	Código de Producto Farmacia	Código de Producto según el Tipo de Producto de Farmacia. Para el caso del Tipo de Producto de Farmacia reportado con 'C'; el reporte debe hacerse utilizando los códigos definidos en las Tablas Maestras de Medicamentos del CUM-SUSALUD o del Sistema de Codificacion reportado. Para el caso del Tipo de Producto de Farmacia reportado con 'I'; el reporte debe hacerse utilizando los códigos definidos en el Listado de Insumos y Materiales Médicos. Para el caso del Tipo de Producto de Farmacia reportado con 'O'; no se reportará código alguno.	C1. El valor en el campo debe corresponder a algún valor consignado en las tablas de códigos de productos de farmacia.
16	Código de producto del observatorio de medicamentos de la DIGEMID	Código de producto del observatorio de medicamentos de la DIGEMID	C1. El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9]
17	Nombre Medicamento	Descripción del nombre del medicamento	C1. Debe ser una descripción válida
18	Forma farmacéutica	Forma Farmaceutica Simplificada según listado Anexo	C1. El campo no debe estar en blanco o nulo, asume algunos de los valores consignados en el Anexo de Forma Farmaceutica
19	Presentación	Presentacion farmacéutica	C1. El campo no debe estar en blanco o nulo.
20	Cantidad de expendio del Producto	Número de unidades de producto dispensadas o consumidas en función del Producto de Farmacia reportado.	C1. El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9]
21	Monto Unitario sin Impuesto (*)	Corresponde al precio por unidad del producto de farmacia. Dicho monto no incluirá el IGV. Formato: '999999999.99'	C1. Debe consignar un valor numérico con 2 decimales. De no corresponder se consignará '0.00'.
22	Monto(s) Cubierto(s) de (los) Producto(s) de Farmacia (*)	Corresponde al monto de (los) producto(s) de farmacia reportado(s) por la IAFAS. Debe ser obtenido sin restar los Copagos ni descuentos. Formato: '999999999.99'	C1. Debe consignar un valor numérico con 2 decimales. De no corresponder se consignará '0.00'.

1: Los montos decimales deberán consignarse a dos decimales considerando punto decimal, no con coma.

2: El separador de campos es el pipe "|".

ANEXO FARMACIA

Codigo	FORMA FARMACÉUTICA
01	Aerosol
02	Anillo
03	Barra
04	Capsula
05	Cápsula
06	Cera
07	Champú
08	Crema
09	Emulsión
10	Enema
11	Gel
12	Gel
13	Gel Oftlámico
14	Goma de Mascar
15	Gránulos
16	Inyectable
17	Jabón
18	Jabon Solido
19	Jarabe
20	Ovulos
21	Pasta
22	Polvo
23	Sistema
24	Solución
25	Solución Nasal
26	Solucion Oftalmica
27	Solucion Vaginal
28	Spray
29	Supositorio
30	Suspensión
31	Suspensión
32	Tableta
33	Tableta Vaginal
34	Tintura
35	Ungüento

TABLA 4.1. REFERENCIAS

CAMPO CLAVE : [1] + [2] + [3]+ [4] + [5]

N°	Nombre del Campo	Descripción y formato	Criterios de consistencia básicas a ser consideradas
DE LA REFERENCIA			
1	Periodo de Reporte	Periodo de remisión de información a SUSALUD Formato: AAAAMM	C1. Debe ser una fecha válida Formato: AAAAMM
2	Código de la IPRESS	Código de IPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de IPRESS
3	Código de la UGIPRESS	Código de UGIPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de UGIPRESS C2. Si no tiene UGIPRESS se coloca el código de IPRESS
4	Centro Asistencial Origen	Centro asistencial de menor nivel de resolución que genera la referencia según Código de IPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de IPRESS
5	Correlativo otorgado por la IPRESS o UGIPRESS	Correlativo otorgado por la IPRESS o UGIPRESS	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
DE LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
6	Tipo documento de identidad del paciente	1: Documento Nacional de Identidad 2: Carné de Extranjería 3: Pasaporte 5: Código de Recién Nacido (Madre) Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
7	Número de documento de identidad del paciente	Número de documento de identidad señalado en el numeral precedente Formato Texto	C1. Para el caso del DNI, se validará que contenga 8 caracteres y sean caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9]. C2. Para otros casos diferentes al DNI, se validará que este campo no este en blanco.
8	Sexo del Paciente	1:Hombre 2:Mujer Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
9	Edad del paciente	Edad del paciente: formato nn-m o nn-a mayores de 1 año, en años menores de 1 año, en meses	C1. El valor debe ser válido
10	Código de la IAFAS	Código de la IAFAS que autoriza la prestación. Se debe ingresar el código asignado por SUSALUD	C1. Debe ser un código válido de la tabla de IAFAS o el valor "00000" para los casos de pacientes que asumen el costo de la prestación
11	Servicio Asistencial Origen	Servicio del Centro asistencial de menor nivel de resolución que genera la referencia Según Tabla Z Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos la Tabla Z
12	Centro Asistencial Destino	Centro asistencial de mayor nivel de resolución que recibe la referencia según Código de IPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de IPRESS
13	Servicio Asistencial Destino	Servicio del Centro asistencial de mayor nivel de resolución que recibe la referencia Según Tabla Z Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos la Tabla Z
14	Diagnóstico Principal Motivo de la Referencia	Diagnóstico Principal Motivo de la Referencia Según Código CIE10 Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos en el CIE 10 C2. Debe estar a nivel de sub categoría es decir un letra dos números un punto y un numero o letra final
15	Tipo de Diagnóstico Principal motivo de la referencia	01: Presuntivo 02: Definitivo Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
16	Diagnóstico Secundario Motivo de la Referencia	Diagnóstico Secundario Motivo de la Referencia Según Código CIE10 Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos en el CIE 10 C2. Debe estar a nivel de sub categoría es decir una letra dos números un punto y un numero o letra final
17	Tipo de Diagnóstico Secundario motivo de la referencia	01: Presuntivo 02: Definitivo Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
18	Fecha de extensión de la referencia	Es la fecha en la que el médico o profesional de la salud extiende la referencia Formato AAAAMMDD	C1. La fecha debe ser válida C2. La fecha de extension debe ser anterior o igual a la fecha de tramite
19	Fecha de trámite o solicitud de la referencia	Es la fecha en la que el área o unidad de referencia del centro asistencial origen solicita y tramita la referencia en el sistema informático Formato AAAAMMDD	C1. La fecha debe ser válida C2. La fecha de tramite debe ser anterior a la fecha de cita

1: El separador de campos es el pipe "|".

TABLA 4.2. CONTRAREFERENCIAS

CAMPO CLAVE : [1] + [2] + [3] + [4] + [5]

N°	Nombre del Campo	Descripcion y formato	Criterios de consistencia básicas a ser consideradas
DE LA CONTRARREFERENCIA			
1	Periodo de Reporte	Periodo de remisión de información a SUSALUD Formato: AAAAMM	C1. Debe ser una fecha válida Formato: AAAAMM
2	Código de la IPRESS	Código de IPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de IPRESS
3	Código de la UGIPRESS	Código de UGIPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de UGIPRESS C2. Si no tiene UGIPRESS se coloca el codigo de IPRESS
4	Centro Asistencial que genera la Contrarreferencia	Centro asistencial de mayor nivel de resolución que genera la contrarreferencia según Código de IPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de IPRESS
5	Correlativo otorgado por la IPRESS o UGIPRESS	Correlativo otorgado por la IPRESS o UGIPRESS	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
DE LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
6	Número de Historia Clínica	Numero de Historia Clinica Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
7	Centro Asistencial Origen de la referencia	Centro asistencial de menor nivel de resolución que genera la referencia según Código de IPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de IPRESS
8	Correlativo otorgado por la IPRESS o UGIPRESS de la referencia	Correlativo otorgado por la IPRESS o UGIPRESS	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
9	Tipo documento de identidad del paciente	1: Documento Nacional de Identidad 2: Camé de Extranjería 3: Pasaporte 5: Código de Recién Nacido (Madre) Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
10	Número de documento de identidad del paciente	Número de documento de identidad señalado en el numeral precedente Formato Texto	C1. Para el caso del DNI, se validará que contenga 8 caracteres y sean caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9]. C2. Para otros casos diferentes al DNI, se validará que este campo no este en blanco.
11	Sexo del Paciente	1:Hombre 2:Mujer Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
12	Edad del paciente	Edad del paciente: formato nn-m o nn-a mayores de 1 año, en años menores de 1 año, en meses	C1. El valor debe ser válido
13	Código de la IAFAS	Código de la IAFAS que autoriza la prestación. Se debe ingresar el código asignado por SUSALUD	C1. Debe ser un código válido de la tabla de IAFAS o el valor "00000" para los casos de pacientes no asegurados
14	Servicio Asistencial que genera la contrarreferencia	Servicio del Centro asistencial de mayor nivel de resolución que genera la contrarreferencia Según Tabla Z Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos la Tabla Z
15	Diagnóstico Principal de la Contrarreferencia	Diagnóstico Principal Motivo de la contrarreferencia Según Código CIE10 Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos en el CIE 10 C2. Debe estar a nivel de sub categoría es decir una letra dos números un punto y un numero o letra final
16	Tipo de Diagnóstico Principal de la contrarreferencia	01: Presuntivo 02: Definitivo Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
17	Fecha de extensión de la contrarreferencia	Es la fecha en la que el médico o profesional de la salud extiende la contarreferencia Formato AAAAMMDD	C1. La fecha debe ser válida C2. El mes y año deben corresponder al periodo del reporte

1: El separador de campos es el pipe "|".

TABLA 6. PROGRAMACION ASISTENCIAL

CAMPO CLAVE (hace único el registro en un envío de información, no puede haber registros repetidos en un mismo envío) : [1] + [2] + [3] + [4] + [5]

N°	Nombre del Campo	Descripción y formato	Criterios de consistencia básicas a ser considerados
1	Código de IPRESS	Código de IPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de IPRESS
2	Código de la UGIPRESS	Código de UGIPRESS otorgado por SUSALUD Formato Texto	C1. El código debe estar en el registro de UGIPRESS C2. Si no tiene UGIPRESS se coloca el código de IPRESS
3	Periodo de Informe de la Programación Asistencial	Formato : AAAAMM	C1. El año y mes deben ser válidos
4	Código de Colegio Profesional del Responsable del procedimiento	00: Profesional de la Salud sin colegiatura 01: Colegio Médico del Perú 02: Colegio Químico Farmacéutico del Perú 03: Colegio Odontológico del Perú 04: Colegio de Biólogos del Perú 05: Colegio de Obstetrices del Perú 06: Colegio de Enfermeros del Perú 07: Colegio de Trabajadores Sociales del Perú 08: Colegio de Psicólogos del Perú 09: Colegio de Tecnólogos Médicos del Perú 10: Colegio de Nutricionistas del Perú Formato Texto	C1. Sólo debe contener uno de los valores definidos
5	Número de Colegio del Profesional de la Salud	Número de Colegio del Profesional de la Salud Formato Texto	C1. El valor debe ser registrado según ese identificado
PROGRAMACIÓN ASISTENCIAL			
6	Horas Mensuales en Atención Ambulatoria	Numero de Horas Mensuales Programadas en Atención Ambulatoria Formato Numero	C1. El valor debe ser numero entero y positivo.
7	Horas Mensuales Programadas en Emergencia	Numero de Horas Mensuales Programadas en Emergencia Formato Numero	C1. El valor debe ser numero entero y positivo.
8	Horas Mensuales Programadas en Hospitalizacion	Numero de Horas Mensuales Programadas en Hospitalizacion Formato Numero	C1. El valor debe ser numero entero y positivo.
9	Horas Mensuales Administrativas Programadas	Numero de Horas Mensuales Administrativas Programadas Formato Numero	C1. El valor debe ser numero entero y positivo.
10	Horas Mensuales Programadas en Capacitacion	Numero de Horas Mensuales Programadas en Capacitacion Formato Numero	C1. El valor debe ser numero entero y positivo.

1: El separador de campos es el pipe "|".

MANUAL DE USUARIO
ANEXO 3

Tabla Z: Servicios / Especialidades

Codigo	Descripcion	Codigo	Descripcion
UPSS01	ALERGIA	UPS44	ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y TROPICALES
UPSS02	ALERGIA PEDIÁTRICA	UPS45	ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y TROPICALES PEDIÁTRICA
UPSS03	CARDIOLOGÍA	UPS46	MEDICINA INTENSIVA
UPSS04	CARDIOLOGÍA INVASIVA	UPS47	MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA
UPSS05	CARDIOLOGÍA NO INVASIVA	UPS48	MEDICINA DEL ADOLESCENTE
UPSS06	CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA	UPS49	MEDICINA DEL DEPORTE
UPSS07	DERMATOLOGÍA	UPS50	MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
UPSS08	DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	UPS51	MEDICINA LEGAL
UPSS09	ENDOCRINOLOGÍA	UPS52	MEDICINA OCUPACIONAL Y DEL MEDIO AMBIENTE
UPSS10	ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA	UPS53	CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO
UPSS11	GASTROENTEROLOGÍA	UPS54	CIRUGÍA CABEZA Y CUELLO PEDIÁTRICO
UPSS12	GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA	UPS55	CIRUGÍA DE MANO
UPSS13	GENÉTICA	UPS56	CIRUGÍA DE TÓRAX Y CARDIOVASCULAR
UPSS14	GERIATRÍA	UPS57	CIRUGÍA DE TÓRAX
UPSS15	HEMATOLOGÍA CLÍNICA	UPS58	CIRUGÍA VASCULAR
UPSS16	HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	UPS59	CIRUGÍA DE TÓRAX Y CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICO
UPSS17	HEMATOLOGÍA ESPECIAL	UPS60	CIRUGÍA ONCOLÓGICA ABDOMINAL
UPSS18	MEDICINA COMPLEMENTARIA	UPS61	CIRUGÍA ONCOLÓGICA DE CABEZA Y CUELLO
UPSS19	MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN	UPS62	CIRUGÍA ONCOLÓGICA DE MAMAS, TEJIDOS BLANDOS Y PIEL
UPSS20	REHABILITACIÓN ADULTOS	UPS63	CIRUGÍA ABDOMINAL
UPSS21	REHABILITACIÓN PEDIÁTRICA	UPS64	CIRUGÍA ONCOLÓGICA
UPSS22	REHABILITACIÓN SIST. LOCOMOTOR	UPS65	CIRUGÍA GENERAL
UPSS23	REHABILITACIÓN TRAUMATOLÓGICA Y OCUPACIONAL	UPS66	CIRUGÍA PLÁSTICA, QUEMADOS Y REPARADORA
UPSS24	REHABILITACIÓN OTRAS MINUSVALÍAS Y DISCAPACIDADES	UPS67	CIRUGÍA PLÁSTICA, QUEMADOS PEDIÁTRICO
UPSS25	PATOLOGÍA DEL DESARROLLO	UPS68	NEUROCIRUGÍA
UPSS26	MEDICINA GENERAL	UPS69	NEURO-TRAUMATOLOGÍA
UPSS27	MEDICINA INTERNA	UPS70	NEUROCIRUGÍA VASCULAR Y TUMORES
UPSS28	MEDICINA INTERNA - INFECTOLOGÍA -VIH	UPS71	NEURORADIOLOGÍA
UPSS29	MEDICINA INTERNA- INMUNOLOGÍA Y ALERGÍA	UPS72	NEUROCIRUGÍA PEDIÁTRICA
UPSS30	MEDICINA INTERNA - PIE DIAB´RTICO	UPS73	CIRUGÍA DE COLUMNA VERTEBRAL Y NERVIOS PERIFÉRICOS
UPSS31	NEFROLOGÍA	UPS74	OFTALMOLOGÍA
UPSS32	NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA	UPS75	OFTALMOLOGÍA ONCOLÓGICA
UPSS33	NEUMOLOGÍA	UPS76	OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA
UPSS34	NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA	UPS77	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA
UPSS35	NEUROLOGÍA	UPS78	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA
UPSS36	NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA	UPS79	OTORRINOLARINGOLOGÍA
UPSS37	ONCOLOGÍA GINECOLOGÍA Y MAMARIA	UPS80	OTORRINOLARINGOLOGÍA PEDIÁTRICA
UPSS38	ONCOLOGÍA MEDICA	UPS81	UROLOGÍA
UPSS39	PSIQUIATRÍA	UPS82	UROLOGÍA ESPECIALIZADA
UPSS40	PSIQUIATRÍA-INFANTO-JUVENIL	UPS83	UROLOGÍA PEDIÁTRICA
UPSS41	CONDUCTAS ADICTIVAS	UPS84	ANESTESIA ANALGESIA Y REANIMACIÓN
UPSS42	REUMATOLOGÍA	UPS85	REANIMACIÓN Y TERAPIA DEL DOLOR
UPSS43	REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	UPS86	ANESTESIOLOGÍA OBSTÉTRICA
UPSS87	ANESTESIOLOGÍA CARDIOVASCULAR	UPS97	NEONATOLOGÍA

Tabla Z : Servicios / Especialidades

Codigo	Descripcion	Codigo	Descripcion
UPSS88	MEDICINA DE EMERGENCIAS Y DESASTRES	UPS98	MEDICINA TRANSFUSIONAL / BANCO DE SANGRE
UPSS89	GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	UPS99	HISTOCOMPATIBILIDAD Y BANCO DE ÓRGANOS
UPSS90	GINECOLOGÍA	UPS100	RADIODIAGNÓSTICO
UPSS91	OBSTETRICIA	UPS101	SONOGRAFÍA
UPSS92	OBSTETRICIA DE ALTO RIESGO	UPS102	MEDICINA NUCLEAR
UPSS93	PATOLOGÍA MAMARIA	UPS103	TRANSPLANTE RENAL
UPSS94	GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE LA NIÑA Y EL ADOLESCENTE	UPS104	TRANSPLANTE DE HÍGADO
UPSS95	PEDIATRÍA	UPS105	RADIO ONCÓLOGO
UPSS96	CIRUGÍA PEDIÁTRICA	UPS106	RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA